

# Solicitud de Rehabilitación (Spanish Version)

Escriba las fechas en el formato MM/DD/AAAA.

**NOTA: Antes de llenar este formulario, llame al asegurador de compensación de empleados por accidentes en el trabajo. Si eso no resuelve el problema, llame a la Unidad de Administración de Beneficios y Resolución de Compensación de Empleados por Accidentes en el Trabajo al (651) 284-5032 (o al 1-800-342-5354).**

MARQUE LA CASILLA SI ESTA SOLICITUD AGREGA ASUNTOS DE REHABILITACIÓN A UNA SOLICITUD DE REHABILITACIÓN PENDIENTE

No. DE TRABAJADOR (WID) o No. DE SEGURO SOCIAL (SSN)	FECHA DE LA LESIÓN		
NOMBRE DEL EMPLEADO	TELÉFONO (incluya el código de área)		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADO		ASEGURADOR / AUTOASEGURADOR / TPA	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	DIRECCIÓN DEL ASEGURADOR
NOMBRE DEL EMPLEADOR		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE RECLAMACIONES	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	No. DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADOR
		TELÉFONO DEL ASEGURADOR	EXT

## INSTRUCCIONES:

- Este formulario debe llenarse **completamente**; de lo contrario, se le podría **devolver**.
- El nombre, el número de seguro social y la fecha de la lesión del trabajador lesionado deben escribirse en todos los documentos anexados.
- Este formulario no debe usarse para solicitar beneficios por sueldo no percibido, médicos o de incapacidad parcial permanente.

**ESTOY INTERESADO EN TRATAR DE RESOLVER LOS ASUNTOS INFORMALMENTE POR MEDIO DE MEDIACIÓN.**  
**Para obtener más información, llame a la Unidad de Administración de Beneficios y Resolución al (651) 284-5032 o  SÍ  NO al 1-800-342-5354.**

## 1. ESTA SOLICITUD HA SIDO LLENADA POR:

- Empleado     Abogado del empleado     Empleador     Asegurador/ Autoasegurador/TPA     Abogado del asegurador     QRC/Proveedor

## 2. ASUNTOS DE REHABILITACIÓN (marque sólo los que correspondan)

Solicito:

- a. que se provea una consulta o servicios de rehabilitación. Adjunte el informe médico que enumere las restricciones.  
 b. un cambio de QRC (consejero de rehabilitación calificado):

D E	NOMBRE
	NOMBRE DE LA FIRMA
	DIRECCIÓN
	TELÉFONO (incluya el código de área)

A	NOMBRE
	NOMBRE DE LA FIRMA
	DIRECCIÓN
	TELÉFONO (incluya el código de área)

- c. que se cambie el plan de rehabilitación.  
 d. recapitación o exploración de recapitación.  
 e. que se dé por terminado el plan de rehabilitación.  
 f. que se suspenda el plan de rehabilitación.  
 g. que se reembolsen los gastos de rehabilitación del empleado. Adjunte facturas detalladas y documentación de apoyo.  
 h. que se paguen las facturas del QRC/proveedor. Adjunte informes y facturas detalladas de apoyo del QRC/proveedor.  
 i. otro (explique)

3. Explique los detalles de su solicitud. Adjunte todos los documentos, tales como informes médicos e informes/facturas de rehabilitación, que apoyen su solicitud. Una decisión puede basarse únicamente en estos documentos, el archivo de la División de Compensación de Empleados por Accidentes en el Trabajo y la respuesta a este formulario.

4. Envíe una copia de este formulario con todos los documentos adjuntos a todas las partes, incluyendo al empleado, al empleador, al asegurador, al QRC/proveedor y a los abogados. Provea los nombres y las direcciones a continuación. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

He enviado una copia de este formulario y todos los documentos adjuntos a las partes indicadas en el No. 4 el \_\_\_\_\_ (fecha).

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA SOLICITUD	FIRMA				
DIRECCIÓN	No. DE REGISTRO DEL ABOGADO				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (incluya el código de área)	EXT	FECHA EN QUE SE FIRMÓ

CUANDO HAYA LLENADO ESTE FORMULARIO, ENVÍELO CON TODOS LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS A:

Benefit Management and Resolution Unit  
 Workers' Compensation Division  
 Department of Labor and Industry  
 PO Box 64218  
 St. Paul, MN 55164-0218

*Los datos privados o confidenciales que usted suministre en este formulario se utilizarán para procesar su archivo de compensación de empleados por accidentes en el trabajo. Usted puede negarse a suministrar los datos, pero su solicitud podría demorarse o, bajo la Sección 176.275 de los Estatutos de Minnesota, el Departamento podría negarse a aceptar cualquier documento formal que no contenga información de identificación. Estos datos pueden suministrarse a los empleadores y los aseguradores de la fecha de lesión reclamada, al Departamento de Rentas Internas, al Departamento de Salud y a la Asociación de Reaseguro de Compensación de Empleados por Accidentes en el Trabajo. También pueden utilizarse en audiencias de compensación de empleados por accidentes en el trabajo y para investigaciones y estadísticas estatales.*

*Este material está a su disposición en diferentes formas, tales como letra grande, Braille o en cinta. Para solicitarlo, llame al (651) 284-5030 o al 1-800-342-5354 (DIAL-DLI)/Voz o TDD (651) 297-4198.*

**CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, RECIBA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE EMPLEADOS POR ACCIDENTES EN EL TRABAJO A LOS QUE DICHA PERSONA NO TENGA DERECHO, HACIENDO A SABIENDAS DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS O NO REVELANDO CUALQUIER HECHO ESENCIAL, ES CULPABLE DE ROBO Y SERÁ SENTENCIADA DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 609.52, INCISO 3.**